

состоятельными, однако у кроликов 2-й группы более выражена грануляционная ткань с признаками начинающейся эпителизации по сравнению с анастомозами у кроликов 1-й группы. При определении механической прочности швов (методом пневмопрессии) у животных 1-й группы выявлена несостоятельность при 105-115 мм рт. ст. (Me (P25; 75) - 105(96;113)), у животных 2-й группы выявлена несостоятельность при 135-140 мм рт. ст. (Me (P25; 75) - 138(100;160)), ($p_{1,2}=0,045$).

Выводы. Экспериментальная модель проводимого оперативного вмешательства с наложением однорядного межкишечного анастомоза «конец в конец» позволяет оценить возможность использования амниотической мембраны для профилактики несостоятельности швов. Отсутствие летальных исходов в группе животных с использованием амниотической мембраны указывает на безопасность данного метода, а более выраженная эпителизация в области анастомоза и лучшая механическая прочность позволяют сделать вывод об эффективности данной методики.

Литература:

1. Волков, О.В. Экспериментальное обоснование применения метода ушивания разрыва тонкой кишки эвертированным механическим швом с использованием амниотической мембраны / О.Е. Волков, Н.В. Завада, И.М. Ладутько // Вестн. ВГМУ. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 38–45.
2. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В. К. Гостищев [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С. 56–60.

УДК 616.61 - 006

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕАНГИОПЕРИЦИТОМА ПОЧКИ

Лесничая О.В., Медведев М.Н., Малащенко С.В., Голубцов В.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Гемангиоперицитома относится к крайне редким мезенхимальным опухолям почки. Всего описано менее 30 случаев гемангиоперицитомы [1]. Гистогенетически опухоль развивается измало дифференцированных гладкомышечных клеток, прилегающих к стенкам капилляров и регулирующих их размер. Некоторые авторы рассматривают перициты как источник двух близких опухолей – гемангиоперицитомы и гломангиомы. Как показывают ультраструктурные исследования, перициты обнаруживаются в стенках капилляров и венул. Они имеют длинные выросты, окружающие сосуд и образующие прерывистый слой между эндотелием и адвентициальной соединительной тканью. Обычно только базальная мембрана отделяет эндотелий от перицитов [2].

Данная опухоль имеет способность к инвазивному росту и метастазированию. В 1942 г. эту опухоль впервые описали Stout и Murray, которые предложили название данной неэпителиальной опухоли – гемангиоперицитома [3].

Возникает эта опухоль в любом возрасте – от 3 дней жизни до 92 лет, гемангиоперицитома почки чаще наблюдалась у лиц в возрасте 16-68 лет, одинаковой частотой у представителей обоих полов. Дифференциальный диагноз следует проводить с саркомой Капоши, ангиолейомиобластомой, фибросаркомой, ангиосаркомой, гломус-ангиомой Баре-Масона, сосудистой лейомиомой, саркомой Юинга, а в почке – еще и с некоторыми вариантами почечноклеточного рака [1, 4].

Гемангиоперицитома чаще всего поражает кожу и подкожную жировую клетчатку (34,5%), скелетные мышцы нижних конечностей (24,5%), брюшинное пространство (24%), область головы и шеи (17%). Опухоль может локализоваться всюду, где имеются капилляры, включая ротовую полость, средостение, брюшинное пространство [5].

Цель. Гистологический и иммуногистохимический анализ текущего биопсийного случая и обзор литературных данных по выявленной патологии.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании текущего биопсийного материала нами выявлен случай злокачественной гемангиоперицитомы почки.

Пациентка С., 67 лет, была прооперирована по поводу опухолевого образования левой почки. Материал был доставлен в отдел онкоморфологических исследований с клиническим диагнозом: «Рак левой почки с инвазией в надпочечник». С макропрепаратом резецированной почки также были доставлены левый надпочечник и клетчатка с регионарными лимфоузлами.

Патоморфологическое исследование. Макроскопическое описание: почка, размером 12×6×4 см, с рассечённым опухолевым узлом с солидной структурой, мягко-эластической консистенции, без четких границ, 17×9 см, на разрезе бурого цвета. Надпочечник 2,5×1,5×1 см с очагом серо-бурой ткани 1,5×1 см. В клетчатке четыре лимфоузла до 1 см буровато-серого цвета.

Микроскопическое описание: опухоль почки представлена злокачественным мезенхимальным новообразованием из округлых и, в меньшей степени, веретеновидных клеток с вытянутыми ядрами. Клеточные комплексы разделены ветвящимися тонкими незрелыми сосудами, высланными эндотелием. Опухолевые клетки сдавливают просветы сосудов в виде «оленьих рогов». Отмечаются: клеточный и ядерный полиморфизм, высокая клеточность опухоли, высокая митотическая активность (более 4 митозов в 10 полях зрения при увеличении ×400), мелкие очаги некроза.

Результаты исследования левого надпочечника: в ткани надпочечника структуры злокачественной гемангиоперицитомы.

Результаты исследования регионарных лимфоузлов: во всех четырех лимфоузлах метастазы злокачественной гемангиоперицитомы.

Данные иммуногистохимического исследования: Vimentin +++, CD34+, CD99–, PanCK–, CK7–, ChromograninA–, E-cadherin–, Ki-67 >50%.

Заключение. Учитывая результаты иммуногистохимической реакции и гистологическую картину опухоли можно думать о злокачественной гемангиоперицитоме с вращением в надпочечник и метастазами в регионарные лимфоузлы, 9150/3, Грейд 2.

Выводы. Мировая литература подтверждает редкость возникновения мезенхимальных опухолей почки. Гемангиоперицитома, а именно ее злокачественный аналог, в почке диагностируется исключительно редко. Полноценные знания о клиническом течении, молекулярных особенностях и прогнозе данной опухоли отсутствуют. Исключительная редкость злокачественной гемангиоперицитомы данной локализации вызывают обоснованные трудности диагностики этого новообразования, при этом постановке диагноза помогает сочетание гистологического и иммуногистохимического исследований.

Литература:

1. Опухоли мочевыделительной системы и мужских половых органов. Морфологическая диагностика и генетика : рук-во для врачей / Ю.Ю. Андреева [и др.]. – М. : Практ. медицина, 2012. – 218 с.
2. Malignant hemangiopericytoma of the mesorectum / G.Vennarecci [et al.] // Chir. Ital. – 2004. – Vol. 56. – P. 865–68.
3. Hemangiopericytoma / L.J. Auguste[et al.] // J. Surg. Oncol. – 1984. – № 20. – P. 260–68.
4. Tumours of the retrorectal space / K.G.Hobson[et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48, № 10. – P. 1964–74.
5. The trans-sphincteric and trans-sacral approaches for the surgical excision of rectal and presacral lesions / T.Kanemitsu [et al.] // Surg. Today. – 1993. – № 23. – P. 860–66.